



**You have downloaded a document from  
RE-BUS  
repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Komunikowanie w A&E : studium przypadku

**Author:** Anna Latos

**Citation style:** Latos Anna. (2015). Komunikowanie w A&E : studium przypadku. „Zeszyty Prasoznawcze” (2015, nr 2, s. 528-544), DOI: 10.4467/2299-6362PZ.15.051.4255



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

# KOMUNIKOWANIE W A&E<sup>1</sup>. STUDIUM PRZYPADKU

ANNA LATOS

Uniwersytet Śląski

Wydział Radia i Telewizji im. Krzysztofa Kieślowskiego

## ABSTRACT

### **Communicating in A&E. A case study**

Creating an effective communication strategy within the health sector and outside – in its environment, requires overcoming barriers caused by the lack of communication links between its elements and stakeholders. For the case study the project devoted to minimizing incidents of violence and aggression on A&E departments in the UK was selected. These institutions resemble Polish Hospital Rescue Branches (SOR) because of their work and the specific problems they face. The implemented solution aims at facilitation of communication in the health facility and belongs to the latest developments of this kind. The evaluation process which took place at the end of 2013 confirmed the undoubted success of the project.

**Key words:** communication, communication strategy, medical sector

Skuteczne i praktyczne komunikowanie w sektorze medycznym jest możliwe dzięki dobremu wykorzystaniu posiadanych już materialnych i niematerialnych zasobów, takich jak pracownicy sektora, ich wiedza oraz czas, a także zasoby finansowe. Dzięki ich aktywizacji oraz, co niezmiernie ważne, upewnieniu się, że możliwa jest wzajemna komunikacja między nimi, stworzenie skutecznego mo-

---

<sup>1</sup> Placówki A&E można uznać za brytyjskie odpowiedniki Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych ze względu na specyfikę działań oraz fakt, że umiejscowione są one głównie przy szpitalach.

✉ Adres do korespondencji: Uniwersytet Śląski, Wydział Radia i Telewizji im. Krzysztofa Kieślowskiego, ul. Bytkowska 1B, 40-955 Katowice

delu komunikowania w ramach usług tego sektora staje się realne. Strategia komunikowania wewnątrz oraz na zewnątrz sektora medycznego, w ramach jego komunikowania z otoczeniem, wymaga pokonania barier, takich jak np.: brak połączeń komunikacyjnych pomiędzy poszczególnymi elementami w ramach sektora czy niejednokrotnie przekonanie osób je reprezentujących do dostrzeżenia potrzeby przeprojektowania czasem już istniejących kanałów komunikowania.

Niewątpliwie skuteczna strategia komunikowania jest nieoceniona dla prawidłowego funkcjonowania każdej jednostki w ramach każdego sektora gospodarki. Tymczasem służba zdrowia, należąca do trzeciego sektora usług, jest jednym z przykładów systemu, w którym sukces wewnętrznego komunikowania niekoniecznie przekłada się na pozytywny wizerunek systemu u klientów zewnętrznych – pacjentów i ich najbliższych.

Przedmiotem tego artykułu jest studium przypadku projektu strategii komunikowania przygotowanego dla brytyjskich oddziałów A&E (z ang. *accident & emergency*) na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w Wielkiej Brytanii<sup>2</sup>. Oddziały A&E zostały stworzone w celu udzielania pomocy pacjentom w przypadkach nagłego zagrożenia życia i mogą one zostać uznane za odpowiednik polskich Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych.

Podobnie do brytyjskich pacjentów, w Polsce pacjenci mogą samodzielnie korzystać z opieki całodobowej, a zgłoszenie się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) lub wezwanie pogotowia ratunkowego dotyczy wyłącznie przypadków nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Zgodnie z Ustawą z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym zadaniem SOR-ów, jak i pogotowia ratunkowego jest realizacja zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W tych szczególnych sytuacjach, gdy nowe zachorowania lub zaostrzenie dolegliwości w przypadku już istniejących schorzeń wystąpią poza wyznaczonymi godzinami pracy podstawowej placówki medycznej (w nocy lub w dni wolne od pracy), pacjent może skorzystać ze świadczeń medycznej opieki nocnej i świątecznej, które są realizowane przez dyżurne ambulatoria. Często zdarza się jednak, że do SOR zgłaszają się pacjenci, którzy według Ustawy o państwowym ratownictwie medycznym nigdy nie powinny się tam znaleźć<sup>3</sup>. Podobna sytuacja zdarza się również na oddziałach A&E w Wielkiej Brytanii,

---

<sup>2</sup> Projekt został zaprezentowany podczas konferencji poświęconej *service design*, czyli projektowaniu usług, zorganizowanej przez śląski Urząd Marszałkowski i zamek Cieszyn.

<sup>3</sup> Naczelna Izba Kontroli pozytywnie ocenia działanie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, jednak zwraca uwagę na procentowy udział pacjentów, którzy nie wymagali udzielenia natychmiastowej pomocy. W poszczególnych kontrolowanych szpitalach stanowiły one szacunkowo od 30% do 80% zgłaszających się. Tym samym SOR-y nie tylko są przeciążone, ale również deficytowe. Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ryczałtu wlicza wszystkich przyjętych pacjentów, ale płaci jedynie za procedury ratunkowe. Informacja o wynikach kontroli NIK: „Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego”. Nr ewid. 149/2012/P11094/KZD, marzec 2011.

gdzie w 2014 roku około 40% zgłaszających się pacjentów nie wymagało udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej<sup>4</sup>.

Szpitalny Oddział Ratunkowy przyjmuje chorych przywożonych przez zespoły przedszpitalnego ratownictwa medycznego (poprzednio – pogotowie ratunkowe) oraz bez skierowań – w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W przypadku SOR-ów nie obowiązuje rejonizacja, a pacjent ma prawo zgłosić się do każdego oddziału.

Przedstawione studium przypadku i specyfika pracy w placówce A&E ma wiele wspólnego z pracą polskich Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, do których również, podobnie jak w Wielkiej Brytanii, mogą udać się wszyscy pacjenci, niezależnie od wezwania karetki.

Wybrana przez autora forma studium przypadku ma na celu uzupełnienie luk w posiadanej wiedzy na temat funkcjonowania Accident & Emergency Departments, brytyjskich odpowiedników Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, pod względem ich strategii komunikowania z pacjentami. Analiza sukcesu narzędzi komunikowania zaproponowanych jednostkom A&E w ramach projektu o wiele mówiącej nazwie „Reducing Violence and Aggression in A&E” powinna stać się przedmiotem refleksji również w przypadku prób rozwiązania problemów komunikowania występujących w podobnych placówkach w Polsce.

Wyżej wymieniony projekt został wprowadzony na zamówienie brytyjskiego Ministerstwa Zdrowia ze względu na problem agresji<sup>5</sup> w stosunku do pracowników jednostek opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z National Health Service (NHS, brytyjskiego odpowiednika Narodowego Funduszu Zdrowia). Wykonawcą projektu zostało studio projektowe PearsonLloyd, które do pracy nad projektem powołało konsorcjum składające się z czołowych przedstawicieli i instytucji reprezentujących wybranych interesariuszy E&A oraz specjalistów z dziedziny zarządzania i projektowania usług. Do celów szczegółowych projektu realizowanego we współpracy z Design Council<sup>6</sup> należało m.in.:

- bezpośrednie i pośrednie zmniejszenie liczby incydentów związanych z przemocą i agresją wobec personelu medycznego w A&E;
- zmniejszenie kosztów rzeczywistych związanych z przemocą i agresją ponoszonych przez NHS oraz zredukowanie kosztów sporów sądowych ponoszonych przez NHS, a związanych z kompensatami dla występujących z roszczeniami (np. o odszkodowania);

<sup>4</sup> Dane cytowane przez dr. Clifforda Manna, prezydenta stowarzyszenia Royal College of Emergency Medicine w Londynie, [w:] R. Smith: Millions Needlessly Clogging Up A&E, *The Telegraph*, 17.08.2014.

<sup>5</sup> Powyżej 150 przypadków dziennie, których koszty dla NHS przekraczają 69 mln funtów rocznie. Podobnie jak w przypadku omawianego A&E, placówki SOR również odnotowują dużą liczbę przypadków agresji pacjentów w stosunku do personelu medycznego i lekarzy, np. 321 w roku 2011 czy 395 w 2013.

<sup>6</sup> Design Council jest niezależną instytucją ustanowioną w 1944 roku przez Winstona Churchilla. Od 2011 roku wraz z Cabe pełni funkcję doradczą brytyjskiego rządu w sprawach szeroko pojmowanego projektowania usług.

- wzmocnienie pewności siebie załogi A&E oraz poczucia satysfakcji z wykonywanej przez siebie pracy;
- poprawienie jakości opieki nad pacjentem dzięki zapewnieniu spokojniejszego otoczenia;
- podniesienie poziomu świadomości i wsparcie zmian przez załogę NHS oraz pacjentów;
- adaptacja innowacyjnego projektu komunikowania w placówkach A&E<sup>7</sup>.

W projekcie pojęcie przemocy zostało zdefiniowane w zgodzie z definicją stosowaną przez National Health Service. Według jej definicji przemoc dzieli się na przemoc fizyczną i niefizyczną. Przemoc fizyczna polega na nieuzasadnionym użyciu siły w stosunku do drugiej osoby, powodującym u niej fizyczny uraz lub uczucie dyskomfortu. Przemoc niefizyczna jest zaś użyciem nieodpowiedniego języka lub zachowania wywołującego uczucie psychicznego bólu oraz/lub powodującego nękanie osoby pokrzywdzonej<sup>8</sup>. Tymczasem agresja została określona na podstawie zwięzłej definicji, zaproponowanej w 1994 roku przez Roberta Barona i Deborah Richardson, opisującej agresję jako „każdą formę zachowania, której celem jest wyrządzenie szkody lub zadanie obrażeń innej żywej istocie, zmotywowanej do uniknięcia takiego potraktowania”<sup>9</sup>.

Do udziału w prototypowym projekcie zaproszone zostały trzy instytucje reprezentujące w szerokim zakresie placówki A&E: Chesterfield Royal Hospital NHS Foundation Trust<sup>10</sup>, Guy’s and St Thomas’ NHS Foundation Trust oraz University Hospital Southampton NHS Foundation Trust<sup>11</sup>. Uznano je za reprezentatywne pod względem wielkości, demografii regionu, liczby pacjentów oraz liczby operacji i czynników geograficznych<sup>12</sup>. Projekt zakładał zaangażowanie załogi powyższych placówek już od samego jego początku. Współpraca polegała bowiem nie tylko na udostępnieniu swoich budynków zespołowi przygotowują-

<sup>7</sup> Reducing Violence and Aggression in A&E through a better experience, Design Council, 2011, s. 2.

<sup>8</sup> Definicje na podstawie „Non-Physical Assault Explanatory Notes” (wydanych w październiku 2004) oraz 11. mowy Davida Camerona skierowanej do Royal College of Nursing, maj 2009, [w:] Reducing Violence and Aggression in A&E.

<sup>9</sup> R. Baron, D. Richardson, Human Aggression, Plenum Press, New York 1994, s. 7.

<sup>10</sup> Rodzaj fundacji przy NHS organizowanej w ramach szpitala (podobnej do polskiego SOR działającego przy szpitalu).

<sup>11</sup> Chesterfield Royal Hospital NHS Foundation Trust: rocznie obsługuje 60 000 pacjentów, w tym samym okresie zdarza się tam 80 fizycznych napaści. Szpital obsługuje pacjentów pochodzących z miasteczka Chesterfield oraz okolic (tereny wiejskie); Guy’s and St. Thomas’ NHS Foundation Trust: rocznie obsługuje 140 000 pacjentów oraz boryka się ze 176 fizycznymi napaściami w placówce, w tym prawie połowa zdarza się na oddziale A&E. Szpital ze względu na swoją lokalizację w centrum Londynu obsługuje pacjentów o różnym statusie socjodemograficznym – również osoby bezdomne oraz turystów. University Hospital Southampton NHS Foundation Trust: rocznie obsługuje 110 000 pacjentów i boryka się z ponad 100 przypadkami agresji w placówce. W najbliższym otoczeniu placówki Southampton mieszka wielu studentów, jak również znacznych rozmiarów populacja osób starszych. Szpital obsługuje pacjentów z dużego obszaru Southampton oraz południowego Hampshire, a także południowej Anglii oraz Wysp Normandzkich.

<sup>12</sup> Nie wzięto pod uwagę liczby incydentów związanych z przemocą i agresją.

cemu i realizującemu projekt, ale także aktywny udział w pracach go inicjujących (rozpoznaniu przyczyn niezadowolenia pacjentów oraz poznaniu specyfiki pracy w A&E), w projektowaniu oraz testowaniu nowych rozwiązań (pracownicy placówek niejednokrotnie proszeni byli o odgrywanie ról pacjentów podczas symulacji), a także wdrożeniu czy wreszcie końcowej ewaluacji projektu.

Problem pojawiania się zachowań agresywnych i używania przemocy w placówkach A&E został przeanalizowany w skali całego Zjednoczonego Królestwa. W tym celu wykonano kwerendę istniejącej na ten temat dokumentacji pochodzącej m.in. z różnego rodzaju raportów na temat ostatnich incydentów z udziałem przemocy i agresji oraz dotychczasowych prób walki z problemem, wcielanych w placówkach służby zdrowia. Analizie poddane zostało także 14 rodzajów instytucji i organizacji udzielających pierwszej pomocy, ale nie tylko – zespół projektowy podjął się również zadania objęcia analizą innych sektorów borykających się z problemem agresji, np. więzień, pośrednictw pracy, lotnisk, barów czy jednostek świadczących usługi w ramach systemu komunikacji miejskiej<sup>13</sup>.

Istotnym elementem projektu były, zdaniem jego wykonawców, zlecone dwóm zewnętrznym firmom badawczym badania etnograficzne, które zostały wykonane na podstawie ponad 300 godzin obserwacji wcześniej wspomnianych trzech placówek zdrowia. Badania przeprowadzono z perspektywy klienta-pacjenta placówki A&E, a w większości dotyczyły one okresów o nasilonym ruchu w placówce (święta Bożego Narodzenia oraz Nowy Rok). To właśnie dzięki badaniom etnograficznym możliwe było rozpoznanie sześciu cech charakterystycznych dla osób, które generalnie dopuszczają się aktów przemocy i agresji w A&E, oraz dziewięciu sytuacji wyzwalających przemoc i agresję w tych placówkach.

Zidentyfikowane w ten sposób, w ramach analizy kontekstu i środowiska, w którym działa A&E, sześć cech wyróżniających sprawcę to:

#### 1. Deorientacja wynikająca ze stanu zdrowia

Stan medyczny pacjenta może powodować u niego różne zachowania, które nie wystąpiłyby w innym przypadku. Prawdopodobne jest, że pacjent, który uległ wypadkowi, nie będzie kontrolował swojego zachowania względem udzielającego mu pomocy personelu medycznego.

#### 2. Frustracja

Frustracja jest powszechnie znanym czynnikiem prowadzącym do agresji. Wynika z poczucia braku możliwości osiągnięcia zamierzonego celu.

#### 3. Nietrzeźwość

Nietrzeźwość oraz odurzenie wynikające z użycia środków odurzających i substancji psychotropowych to częste czynniki prowadzące do agresji w stosunku do personelu placówek A&E. Zaburzona zdolność do odczytywania sygnałów otoczenia może zakończyć się wybuchem agresji czy nawet użyciem przemocy przez osoby nietrzeźwe.

<sup>13</sup> Reducing Violence and Aggression in A&E through a better experience, s. 36.

#### 4. A s p o ł e c z n o ś ć / z ł o ś ć

Tacy pacjenci często mają już za sobą doświadczenia, w których przejawiali przemoc lub agresję. Niejednokrotnie będą oni aktywnie szukać sytuacji, w których będą mogli dać upust swoim negatywnym emocjom.

#### 5. Z a n i e p o k o j e n i e / s t r a c h

Dla niektórych pacjentów wizyta na oddziale A&E może się wiązać z ogromnym stresem, który może objawiać się takimi emocjami, jak zaniepokojenie, zaskoczenie, szok czy wręcz rozpacz.

#### 6. I z o l a c j a s p o ł e c z n a

Placówki A&E mogą stać się miejscem, do którego udają się ludzie samotni, niemający innego miejsca, gdzie mogliby się udać. Często doskonale znają już załogę placówki, której są pacjentami<sup>14</sup>.

Identyfikacja i analiza wymienionych wyżej sześciu cech potencjalnych sprawców przejawiających agresję i przemoc w badanych placówkach umożliwiła głębsze poznanie i zrozumienie czynników wpływających na takie, a nie inne zachowania pacjentów. Krótkie charakterystyki opisujące każdego z potencjalnych sprawców, sposób, w jaki może on zostać w placówce rozpoznany, a także jego prawdopodobne zachowanie umożliwiły skonkretyzowanie obrazu odbiorcy, do którego adresowany ma być przekaz w ramach zaproponowanych narzędzi komunikacyjnych. Jak najbardziej dokładne wskazanie i jak najbliższe poznanie zasadniczej grupy odbiorców, do której ma dotrzeć komunikat, umożliwia wybór konkretnych technik i narzędzi komunikowania dostosowanych do potrzeb i możliwości poznawczych adresatów.

Jednocześnie zidentyfikowanie czynników mogących wywołać przemoc i agresję u pacjentów, niezależnie od wyżej wymienionych cech jednostkowych, pozwoliło na usytuowanie tych czynów w konkretnym kontekście. Czynniki te pogrupowane zostały w dziewięć ogólnych sytuacji, takich jak: konflikty międzyludzkie, długi czas oczekiwania, nieprzyjemne otoczenie, otoczenie pozbawiające człowieka godności, intensywne emocje, niebezpieczne otoczenie, postrzegany brak wydajności, niekonsekwentne działania wobec niepożądanego zachowania oraz zmęczenie zespołu placówki A&E<sup>15</sup>.

Wyniki przeprowadzonych w ramach projektu badań zostały zweryfikowane przez prace specjalnej grupy eksperckiej (Expert Reference Group), która składała się z lekarzy, dyrektorów oraz kierowników ds. bezpieczeństwa w NHS, przedstawicieli policji, więziennictwa, naukowców, pacjentów oraz projektantów.

Odpowiednie działania mające na celu wyeliminowanie problemów z agresją i przemocą względem pracowników placówek A&E zaproponowane zostały m.in. na podstawie wspomnianych już badań etnograficznych (zawierających m.in. wywiady z pracownikami placówek) i odpowiadały wymienionym na początku artykułu celom szczegółowym projektu. Stworzone i zaprojektowane dzia-

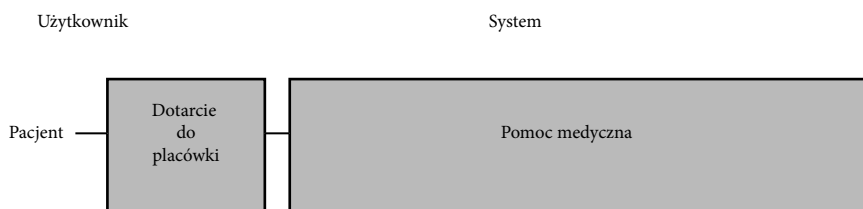
<sup>14</sup> *Ibidem*, s. 46–48.

<sup>15</sup> *Ibidem*, s. 49.

łania dotyczyły nowych systemów usług, produktów, architektury budynku, ale również komunikowania z pacjentami. To właśnie to ostatnie jest z perspektywy owego studium najbardziej interesujące, ponieważ w rezultacie doprowadziło do powstania przejrzystej strategii komunikowania placówek A&E z pacjentami.

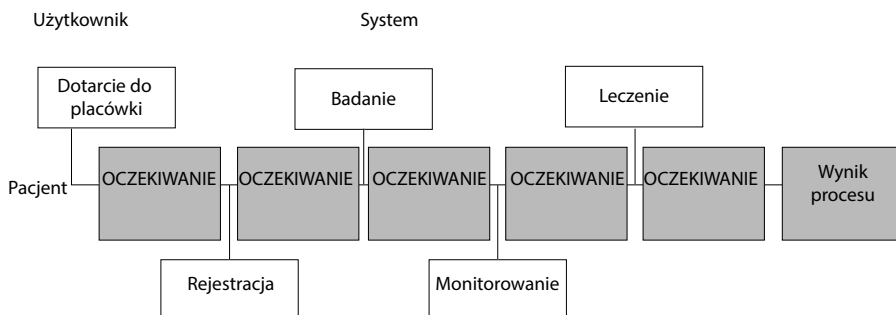
W tym celu, po szeroko zakrojonych konsultacjach zarówno z zespołem placówek A&E, jak i z ekspertami oraz osobami decyzyjnymi, stworzona została wizualizacja procesu towarzyszącego wizycie na oddziale A&E z perspektywy pacjenta (jego oczekiwań i wrażenia odnoszonego podczas wizyty) oraz z perspektywy załogi placówki, a więc perspektywy rzeczywistego procesu.

**Rys. 1. Wizyta w placówce A&E – oczekiwania pacjenta**



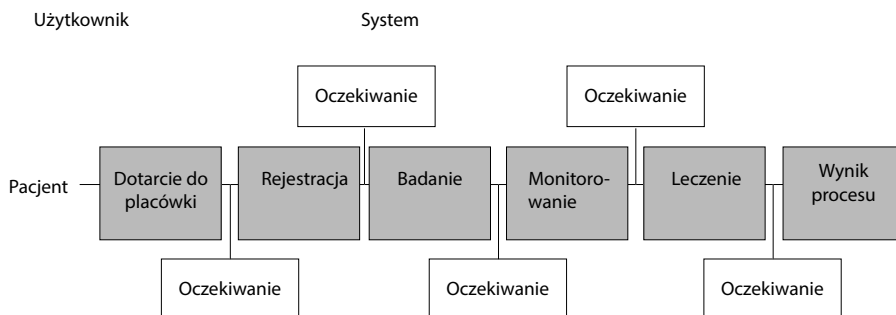
Źródło: na podstawie Reducing Violence and Aggression in A&E, s. 75.

**Rys. 2. Wizyta w placówce A&E – wrażenie odnoszone przez pacjenta**



Źródło: na podstawie Reducing Violence and Aggression in A&E, s. 75.



**Rys. 3. Wizyta w placówce A&E – rzeczywistość**

Źródło: na podstawie Reducing Violence and Aggression in A&E, s. 75.

Z powyższych rycin jednoznacznie wynika znacząca różnica w sposobie odczuwania czasu oczekiwania pomiędzy poszczególnymi czynnościami i procedurami przeprowadzanymi w ramach przyjęcia na A&E przez pacjentów/klientów oraz personel placówki. Celowo używam tutaj określenia „klient”, pisząc o osobie korzystającej ze świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany w postrzeganiu pacjenta, wynikające m.in. z koncepcji tzw. Nowego Zarządzania Publicznego<sup>16</sup>, które zastąpiło w większości krajów europejskich tradycyjny model biurokratyczny, widoczne są m.in. dzięki wprowadzeniu do opieki zdrowotnej np. swobody wyboru usługodawcy (możliwej w przypadku określonych dziedzin medycyny). Jałowa może się tutaj okazać dyskusja na temat jakości wprowadzanych zmian oraz ich rzeczywistego udziału w zmianach systemu opieki zdrowotnej w Polsce<sup>17</sup>.

Trzeba zauważyć, że prezentowany projekt nie miał na celu wyeliminowania negatywnych skutków wszystkich powodów agresji i przemocy w placówkach A&E<sup>18</sup>. Zaproponowane i wdrożone rozwiązania miały raczej zapobiec wyżej

<sup>16</sup> *New Public Management* to koncepcja zarządzania w sektorze publicznym kładąca nacisk na ekonomiczne aspekty zarządzania publicznego, tym samym zwracająca uwagę na istotę takich czynników, jak jakość oferowanych usług czy skuteczność podejmowanych działań. Zob. B. Kożuch. Zarządzanie publiczne. W teorii i praktyce polskich organizacji, Wydawnictwo Placet, Warszawa 2004, s. 72.

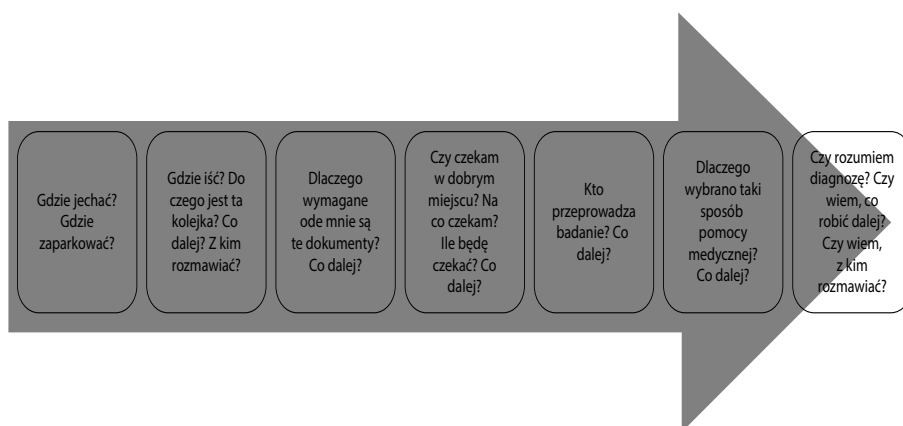
<sup>17</sup> Zainteresowanym polecam m.in. publikację I. Rudawskiej pt. „Ekonomizacja relacji pacjent – usługodawca w opiece zdrowotnej”, wydanej w ramach serii Uniwersytetu Szczecińskiego „Rozprawy i Studia”, Szczecin 2006, a także S. Borkowskiego, J. Rosak, P. Rosak: Jakość usług determinantem relacji klient (pacjent) – pracownik stacjonarnej opieki medycznej w Polsce, [w:] *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu* w Sosnowcu, red. nauk. A. Chodyński, Sosnowiec 2005.

<sup>18</sup> Do innych rozpoznanych i udokumentowanych powodów agresji i przemocy w placówkach A&E należą: prywatyzacja, migracje i tożsamość, obawa przed sporem sądowym, czas spędzony w placówce, pijatka, areszt śledczy, stan zdrowia psychicznego, zarządzanie reputacją placówki, opieka społeczna, grzywny i opłaty, opieka w ramach społeczności, intoksykacja. Zob. *Reducing Violence and Aggression in A&E*, s. 27.

wymienionym incydentom m.in. poprzez projektowanie usług i skuteczną strategię komunikowania z pacjentem.

W ramach prac grupy eksperckiej zwrócono uwagę na rolę informacji, która zajmuje pierwsze miejsce w procesie mającym zredukować poziom agresji pacjentów wobec zespołu A&E. W wyniku prac grupy wyszczególnione zostały konkretne informacje, które powinien posiadać pacjent w każdym momencie swojego pobytu w placówce A&E. Informacje te powstały na podstawie analizy pytań, które pojawiają się u pacjentów na poszczególnych etapach pracy jednostki zdrowia (rys. 4). Jak wynika z poniższego rysunku, najczęstszym pytaniem pacjenta jest pytanie o następny etap związany z jego pobytem w placówce. Droga, którą musi przebyć pacjent podczas swojej wizyty, może się wydawać jasna i klarowna dla personelu medycznego, najczęściej jednak nie jest taka oczywista dla niego samego.

**Rys. 4. Symulacja pytań pacjenta przed, w trakcie i po wizycie w placówce A&E**



Źródło: opracowanie własne, rozszerzone na podstawie Reducing Violence and Aggression in A&E, s. 77.

Przeprowadzone badania etnograficzne pokazały, że klienci A&E niejednokrotnie nie znają zasad funkcjonowania placówki, do której się udają. Dlatego istotne są pozytywne interakcje z personelem na każdym etapie wizyty w placówce, które w większości przypadków opierają się po prostu na zachowaniu w tym czasie kontaktu z klientem. To właśnie dostęp do informacji uznany został za jeden z kluczowych czynników mogących wpłynąć na zmniejszenie liczby agresywnych incydentów w A&E.

Zaproponowane rozwiązanie polegało na stworzeniu systemu komunikowania opierającego się na wielkoformatowych informacjach umieszczonych w kluczowych miejscach w placówce (rys. 5 i 6), platformach udostępniających aktualne

informacje w wersji cyfrowej (rys. 7) oraz ulotkach dostępnych już na pierwszym etapie wizyty, a pokazujących w sposób słowny lub graficzny drogę, którą musi odbyć pacjent pojawiający się na A&E (rys. 8).

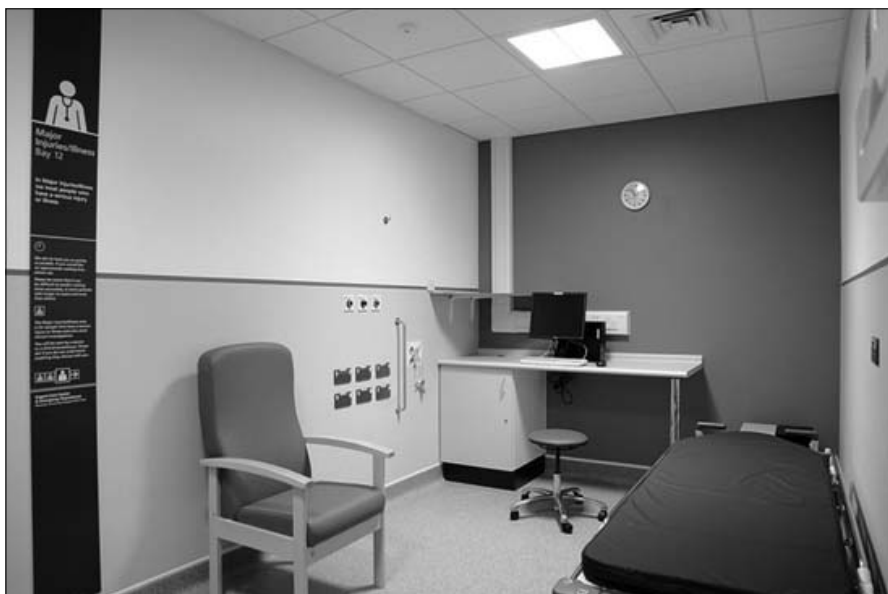
**Rys. 5. Informacja umieszczona w jednym z kluczowych miejsc, do których trafia pacjent A&E**



Źródło: Design Council UK. „Newham A&E after solutions installed”. 22.05.2013. Zdjęcie z bazy Flickr, <https://www.flickr.com/photos/designcounciluk/10994221035/in/album-72157637935303876/>. Licencja Creative Commons (dostęp: 15.04.2015).

Pionowy panel umieszczony przy stanowisku rejestracji, na ścianie w poczekalni oraz przy każdym z gabinetów lekarskich zawiera informacje odpowiadające na pytania: gdzie i na jakim etapie pacjent się teraz znajduje; jaka jest najważniejsza rzecz, którą musi o tym etapie wiedzieć; dlaczego i jak długo będzie czekać oraz co wpływa na czas oczekiwania; co się dzieje na tym etapie oraz co wydarzy się później (opcjonalnie); na koniec w postaci grafiki – gdzie na całej mapie procesu pacjent w tej chwili się znajduje. Z myślą o pacjentach przywozonych do placówki na noszach takie tablice zostały również umieszczone na suficie.

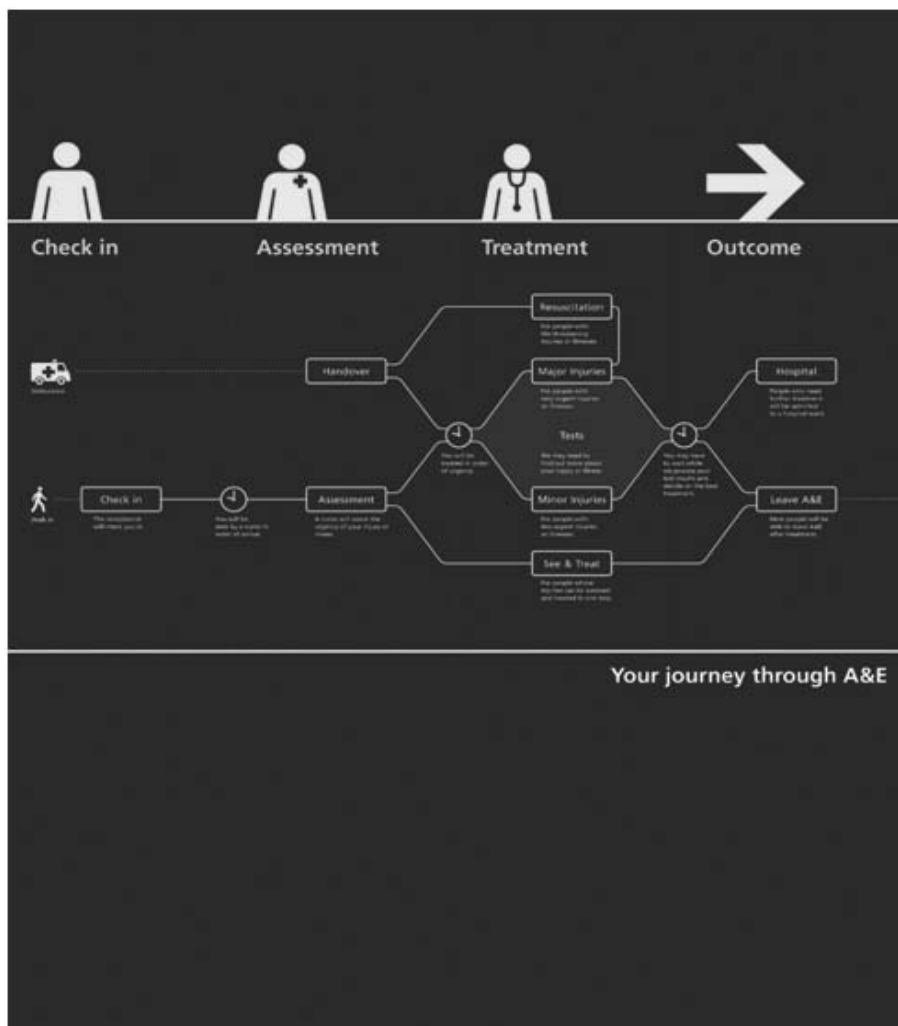
**Rys. 6. Wielkoformatowa tablica informacyjna umiejscowiona w przestrzeni placówki**



Źródło: Design Council UK. "Newham A&E after solutions installed, Simon Turner Photography", 17.05.2012. Zdjęcie z bazy Flickr, <https://www.flickr.com/photos/designcounciluk/10993155434/in/set-72157637935303876>. Licencja Creative Commons (dostęp: 15.04.2015).

Zaprezentowany powyżej element systemu komunikowania zmniejszył liczbę sytuacji, w których oczekujący pacjent np. nie rozumiał, dlaczego z opieki lekarskiej przed nim korzystała osoba, która pojawiła się w placówce znacznie później. System kolejkowy wprowadzany w placówkach zdrowia stanowi niejednokrotnie punkt zapalny w pracy placówki. Pacjenci często nie rozumieją, dlaczego są se-

Rys. 7. Mapa przedstawiająca drogę pacjenta w placówce A&amp;E



Źródło: Design Council UK. "Process Map", 26.11.2013. Zdjęcie z bazy Flickr, <https://www.flickr.com/photos/designcounciluk/11066125524/in/set-72157637935303876>. Licencja Creative Commons (dostęp: 15.04.2015)

gregowani<sup>19</sup> oraz na jakiej zasadzie wyświetlane są konkretne numerki przypisane do oczekujących pacjentów. Tymczasem w wielu przypadkach najskuteczniej-

<sup>19</sup> System *triage* obowiązuje również w wielu placówkach SOR. Polega na medycznej segregacji chorych według stopnia obrażeń, rodzaju zachorowania oraz rokowania w ramach diagnostyki podstawowej. W zależności od tej oceny pacjent jest przyjmowany przez lekarza.

szym działaniem może być udostępnienie informacji na temat obowiązującego systemu kolejkowego i jego zasad, jeszcze zanim sfrustrowany pacjent uda się po wyjaśnienia do personelu placówki.

Inną z kluczowych cech paneli informacyjnych było umieszczenie na nich informacji przydatnych dla pacjenta, który niekoniecznie musi odbywać swoją podróż po placówce A&E w ściśle określonej kolejności.

Rodzaj informacji, które powinny zostać przekazane klientowi placówki A&E, został zidentyfikowany i wybrany w rezultacie przeprowadzonych z pacjentami ankiet. Za najbardziej użyteczne informacje uznano przede wszystkim te związane z czasem oczekiwania oraz obciążeniem placówki w danej chwili. Na podstawie tych informacji klient może bowiem samodzielnie podjąć decyzję o kontynuowaniu lub zaniechaniu oczekiwania oraz/lub wizycie w innym terminie. Umożliwienie pacjentowi podjęcia decyzji, chociażby w tak elementarnej sprawie, ma bowiem swój realny skutek w podniesieniu oceny na temat jakości interakcji podczas wizyty w A&E.

W ramach systemu wewnętrznego komunikowania w placówce A&E zwrócona została również uwaga na rolę formalnych i nieformalnych interakcji pracującego w niej zespołu. Obowiązujący w placówkach A&E system pracy opierający się na dwunastogodzinnych zmianach nie ma pozytywnego wpływu na jakość interakcji z pacjentem. Ponieważ jednak zmęczenie personelu jest czynnikiem, którego nie da się w danej chwili wyeliminować, jego negatywne efekty postanowiono zminimalizować za pomocą dwóch rozwiązań komunikacyjnych. Pierwszym z nich było powstanie broszury skierowanej do nowych członków zespołu, a przedstawiającej pracę placówki A&E w oczach jej personelu. Drugie rozwiązanie to już długoterminowy cykl spotkań personelu w celu omówienia i zaproponowania rozwiązań dotyczących na bieżąco pojawiających się problemów w placówce<sup>20</sup>.

Po zaimplementowaniu i pilotażu rozwiązań projektowych<sup>21</sup> przeprowadzona została ich ewaluacja opierająca się na bezpośrednich informacjach uzyskanych od pacjentów oraz personelu wybranych placówek, analizie pracy i specyfiki placówek A&E oraz analizie SWOT<sup>22</sup>.

Wyniki ewaluacji projektu potwierdziły postawioną hipotezę, że zaplanowane i skoordynowane działania komunikacyjne mogą pomóc w zredukowaniu poziomu agresji w placówkach A&E. 75% pacjentów przyznało, że wprowadzone panele oraz ekrany informacyjne zmniejszyły odczuwalną przez nich frustrację podczas oczekiwania na pomoc medyczną. Jednocześnie po wprowadzeniu projektu o 50% spadła liczba przejawów agresywnego zachowania (brano pod uwagę jedynie zachowania werbalne), o 25% liczba przypadków związanych z sytuacja-

<sup>20</sup> Reducing Violence and Aggression in A&E through a better experience, s. 58, 76.

<sup>21</sup> Pilotaż został przeprowadzony w dwóch placówkach: w Southampton General Hospital oraz St. George's Hospital w Londynie.

<sup>22</sup> Analiza kosztów i korzyści to popularne narzędzie ekonomiczne służące do oceny efektywności projektu lub inwestycji.

mi, w których pacjenci krzyczeli lub używali podniesionego tonu wobec zespołu A&E, o 23% liczba incydentów, w których użyty był niecenzuralny język, zaś o 2% liczba przypadków pacjentów niewspółpracujących<sup>23</sup>.

**Rys. 8. Wyniki badania dotyczącego postrzegania przez pacjentów zastosowanych rozwiązań informacyjnych**



Źródło: na podstawie „Reducing Violence and Aggression in A&E through a Better Experience. Impact evaluation findings summary”, s. 5.

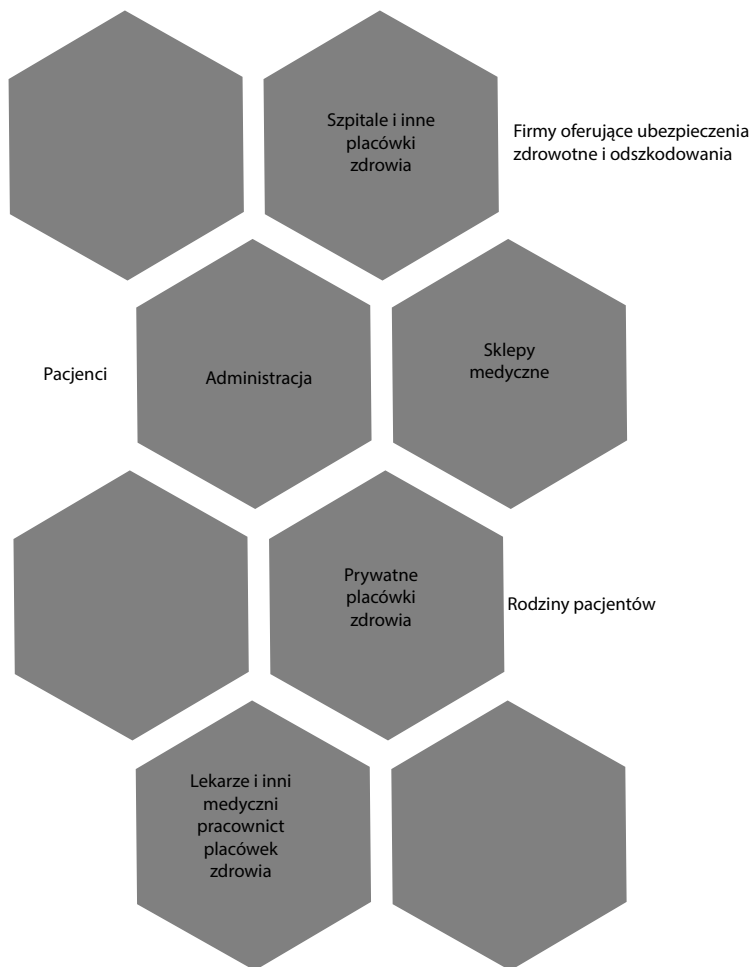
Sektor opieki zdrowotnej to sektor wyjątkowo kompleksowy, zarówno obejmujący technologię i wiedzę, jak i konstytuowany przez decyzje polityczne, sytuację ekonomiczną czy zagadnienia etyczne. Projektowanie skutecznego komunikowania w ramach służby zdrowia wymaga więc nie tylko projektowania samego

<sup>23</sup> ESRO 2012–2013 oraz analizy Frontier Economics.

sektora, ale też tworzenia związków oraz sieci pomiędzy poszczególnymi jego elementami. Co więcej, tak jak każdy inny, nie funkcjonuje on w próżni, a znaczenie dobrej zewnętrznej komunikacji jest coraz częściej zauważane nie tylko przez kierownictwo prywatnych placówek.

**Rys. 9. Wybrane elementy systemu opieki zdrowotnej**

WYBRANE STUDIA PRZYPADKÓW



Oczywista jest pozytywna rola wynikająca z międzynarodowych porównań w obrębie danego sektora, jednak podjęte studium przypadku technik i narzędzi komunikowania w ramach sektora medycznego z jego szczególną grupą interesariuszy, jaką są pacjenci, może przynieść o wiele większe korzyści. Zadaniem tego studium nie jest jednak zachęcanie do bezmyślnego powielania przedstawi-



nego rozwiązania komunikacyjnego stworzonego dla placówek A&E, nawet jeśli w tym przypadku było to rozwiązanie skuteczne. Studium przypadku może stać się katalizatorem zmian i w znaczący oraz pozytywny sposób wpłynąć na sposób radzenia sobie z podobnymi sytuacjami w innym kontekście. Analiza ta ma na celu wsparcie i zachęcenie badaczy oraz praktyków do poszukiwania rozwiązań odpowiednich dla sytuacji polskiego sektora zdrowia w tym konkretnym punkcie, w którym ten aktualnie się znajduje.

Celem niniejszego studium przypadku jest również ukazanie pracownikom sektora opieki zdrowotnej szerszego kontekstu, którego są częścią, a także pomoc w skutecznym komunikowaniu swych działań i osiągnięć wszystkim swoim interesariuszom.

## Bibliografia

- Baron R., Richardson D. (1994). *Human Aggression*. New York: Plenum Press.
- Borkowskiego S., Rosak J., Rosak P. (2005). Jakość usług determinantem relacji klient (pacjent) – pracownik stacjonarnej opieki medycznej w Polsce. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu* w Sosnowcu, red. nauk. A. Chodyński. Sosnowiec.
- Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego, Informacja o wynikach kontroli NIK, nr ewid. 149/2012/P11094/KZD, marzec 2011.
- Klejbuk-Goździalska B., Gdy potrzebna jest pomoc. Odciażyć SOR-y. Rozmowa z Konradem Jędrychowskim. *Kraków.pl*, nr 3 (109), 13.02.2013, s. 7.
- Kowalik R., Pacjenci: To jest horror. Lekarze: Dramat, agresja, obciążenie. Tak jest na SOR-ach. Raport. *Gazeta Wyborcza*, 27.03.2013.
- Kozuch B. (2004). *Zarządzanie publiczne. W teorii i praktyce polskich organizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Placet.
- Krynicka H. (2006). Koncepcja Nowego Zarządzania w sektorze publicznym (*New Public Management*) (s. 193–202). Sulechów: Prace Instytutu Prawa i Administracji PWSZ w Sulechowie.
- Non-Physical Assault Explanatory Notes. A framework for reporting and dealing with non-physical assaults against NHS staff and professionals, NHS Security Management Service, 23.11.2004.
- Reducing Violence and Aggression in A&E through a better experience. Design Council, 2011.
- Reducing Violence and Aggression in A&E through a Better Experience. Impact evaluation findings summary, Design Council, Frontier Economics Ltd. London, 27.11.2013.
- Reducing violence and aggression in A&E: Through a better experience. An impact evaluation for the Design Council, Frontier Economics Ltd. London, 2013.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 07.55.365).
- Rudawska I. (2006). *Ekonomizacja relacji pacjent – usługodawca w opiece zdrowotnej*. Szczecin: Uniwersytet Szczeciński.
- Saines J.C. (1999). Violence and Aggression in A & E: Recommendations for Action. *Accident & Emergency Nursing*, nr 7, s. 8–12.
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 06.191.1410 wraz ze zmianami).

## STRESZCZENIE

Tworzenie skutecznej strategii komunikowania wewnątrz sektora opieki zdrowotnej oraz na zewnątrz z jego otoczeniem wymaga pokonania barier spowodowanych przez brak połączeń komunikacyjnych pomiędzy poszczególnymi jego elementami oraz interesariuszami. Do studium przypadku wybrano projekt poświęcony minimalizowaniu przypadków przemocy i agresji na oddziałach A&E w Wielkiej Brytanii. Placówki te, ze względu na swoją pracę i specyfikę problemów, z którymi się borykają, przypominają polskie Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR). Przedstawione rozwiązanie mające na celu facylitację komunikowania w placówce zdrowia należy do najnowszych rozwiązań tego typu, a ewaluacja projektu dokonana pod koniec 2013 roku potwierdziła niewątpliwy sukces tego projektu.

**Słowa kluczowe:** komunikacja, strategia komunikacyjna, sektor medyczny